UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1952-1953 — N° 86

Les Hormones Corticotropes en Dermatologie

(Premier bilan de l'expérience bordelaise)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Mars 1953

par

Jean FRUCHARD

Né le 28 Décembre 1921 à CAZAUX (Gironde)

Ancien Interne des Hôpitaux
Chef de Clinique Dermatologique à la Faculté

Examinateurs de la Thèse { MM. JOULIA, professeur, *Président*
AUBERTIN, professeur
RIVIÈRE, professeur
LE COULANT, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1953

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1952-1953 — N° 86

Les Hormones Corticotropes en Dermatologie

(Premier bilan de l'expérience bordelaise)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Mars 1953

par

Jean FRUCHARD

Né le 28 Décembre 1921 à CAZAUX (Gironde)

Ancien Interne des Hôpitaux
Chef de Clinique Dermatologique à la Faculté

Examinateurs de la Thèse { MM. JOULIA, professeur, *Président*
AUBERTIN, professeur
RIVIÈRE, professeur
LE COULANT, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1953

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPERIE, CHELLE

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopique clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC

	MM
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e section)	CAZAUX

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	DUBARRY, F.-J. TRAISSAC, BERGOUIGNAN, LENG-LEVY
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ
Obstétrique	MAHON, CHASTRUSSE

	MM.
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI, COUSTOU
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	BABIN
Cryptogamie	LAUBIE
Pharmacie galénique	BOUSSEMART

	MM.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	NEUZIL
Pathologie chirurgicale	VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AU REVEREND PERE GARRAMENDI S.J.

En témoignage de ma très respectueuse et affectueuse reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

Mort pour la France le 9 novembre 1942

A LA MEMOIRE DE MON AMI

Le Docteur Pierre BOUET

A MA FEMME

A MON PERE, A MA MERE

En témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MON AMI LE DOCTEUR JEAN RIVIERE
ET A TOUS MES CAMARADES A.R.P.

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT
ET A CEUX DE L'HOPITAL DES ENFANTS

A MES ANCIENS CAMARADES DU CONSERVATOIRE

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A Monsieur le Professeur Joseph GUYOT

Professeur honoraire à la Faculté,
Chirurgien honoraire des Hôpitaux,
Croix de guerre 1914-1918,
Officier de l'instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie.

qui, avec tant de bienveillance et d'indulgente bonté, a guidé mes premiers pas en médecine.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. AUBERTIN

Professeur de Clinique des Maladies infectieuses,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction Publique,
Chevalier de l'Ordre de la Santé publique.

En témoignage de ma reconnaissance pour tout ce que vous m'avez appris en médecine, au cours de mon stage dans votre service.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIVIERE

Professeur de Clinique obstétricale,
Accoucheur des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Qu'il soit remercié de sa touchante sympathie à l'égard de mon jeune foyer.

Qu'il trouve dans cette thèse l'hommage d'un reconnaissant, fidèle et très respectueux attachement.

Monsieur le Professeur agrégé LE COULANT

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin dermato-vénéréologiste des Hôpitaux,
Officier d'Académie.

Pour l'enseignement si précieux que vous m'avez prodigué au cours de mes stages dans votre service à l'Hôpital des Enfants, croyez, mon cher Maître, à l'expression de ma très respectueuse et profonde reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JOULIA

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin dermato-vénéréologiste des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.

Mon cher Maitre,

Votre science, votre expérience, votre modestie et votre bonté ont toujours été pour moi le grand exemple dont j'aurais tant souhaité être plus digne.

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider mon jury de thèse.

Veuillez trouver dans ce très humble travail le témoignage de ma profonde gratitude et de mon respectueux attachement.

INTRODUCTION

Depuis les premières expériences américaines sur le traitement de la polyarthrite chronique évolutive par la cortisone et l'A.C.T.H., quelques années seulement se sont écoulées.

Aidés par une presse non médicale plus soucieuse d'informations émouvantes que de renseignements exacts, les malades ont connu la fièvre de l'attente, espéré la terre promise; les médecins ont attendu aussi un peu émus par une grande curiosité...

Car les premiers résultats nous avaient mis devant ce fait extraordinaire, quasi-miraculeux : des malades presque complètement ankylosés auxquels désormais nulle espérance de guérison, sauf la main de Dieu, ne paraissait permise, retrouvaient en quelques jours la liberté de leurs mouvements, tandis que s'apaisaient leurs continuelles souffrances.

Un peu de déception et de scepticisme se firent jour quand on entrevit que c'était un genre d'insuline qu'avaient découvert Hench et Kendall bien plus qu'une autre pénicilline... La nécessité d'un traitement permanent apparut, vu la fragilité des améliorations obtenues. Un autre point noir se manifesta bientôt : l'intolérance plus ou moins rapide que certains malades présentaient à l'égard de ces hormones, ce qui obligeait d'interrompre le traitement plus tôt qu'on ne l'eût voulu.

Après l'heure de l'enthousiasme, vint celle du doute. Allait-il falloir renoncer à la cortisone ? Nous étions loin alors des temps où nous-même, plein d'espérance, avec notre ami Jean Rivière (c'était en 1949) avions songé tous deux, en attendant la cortisone encore absente, à injecter du sang de femme enceinte, l'état gravidique, fait d'observation ancienne et classique, amenant presque toujours une guérison transitoire de la

P.C.E. Bien des déboires matériels limitèrent puis stoppèrent bientôt notre expérimentation. Pourtant récemment, au Canada, Granier reprenant la même expérience, affirma avoir obtenu des résultats meilleurs qu'avec la cortisone.

Pourtant l'expérimentation commencée aux U.S.A. fut reprise en France, à Paris d'abord, puis en province; à Bordeaux les premiers essais étaient faits dans le service de M. le Professeur Aubertin, à l'hôpital des enfants. Enfin, bientôt chaque service devait avoir l'usage de la cortisone.

En même temps que cette hormone se répandait les indications s'en étaient singulièrement élargies : tout ce qui relevait semble-t-il du syndrome d'adaptation et de l'allergie fut de son domaine; après la P.C.E., le mal asthmatique, la goutte aiguë et le R.C.E. paraissaient les meilleures indications. Le psoriasis arthropathique fut la première dermopathie offerte aux essais thérapeutiques, mais bien vite d'autres syndromes, et des plus divers en apparence, eurent le même sort.

Ce sont justement ces premiers résultats d'une expérience encore toute neuve que nous voudrions rapporter ici en citant les observations des premiers malades traités dans le service de Clinique dermatologique de M. le Professeur Joulia, ainsi que dans le service de dermatologie infantile de M. le Professeur Le Coulant.

NOTRE TECHNIQUE

1° Aucune posologie ne paraît actuellement définitivement codifiée dans le traitement par la cortisone et l'A.C.T.H. Le thérapeute doit évoluer dans la marge de sécurité qui existe entre une dose minima qui répond au seuil d'efficacité et une dose maxima au-delà de laquelle se manifesterait l'intolérance.

2° Les mêmes conditions qui règlent la posologie journalière fixent la durée du traitement ; celui-ci devant évidemment être poursuivi au moins jusqu'à obtention du blanchiment cutané recherché et abandonné lorsque se manifestent et persistent œdèmes, hypertension, poussées infectieuses, diabète cortisonique, etc...

3° En pratique, nous avons utilisé pour la **cortisone** la posologie suivante :

— dose d'attaque : 200-100 milligrammes par jour,
— doses secondes : par palliers décroissants, guidés par les signes cliniques on recherche la dose minima d'efficacité,
— dose d'entretien : dose minima capable de consolider ou d'entretenir le résultat acquis.

Le traitement sera arrêté lorsque :

— se manifestera un des signes classiques d'intolérance aux hormones corticotropes,
— ou bien sera obtenue la guérison cherchée,
— ou bien lorsqu'il y aura stagnation de l'amélioration obtenue (1).

(1) Dans ce dernier cas, il peut être indiqué au contraire d'essayer des doses très supérieures pour vaincre une accoutumance possible : c'est ainsi qu'Haserick a pu préconiser dans des cas de dermatomyosite et lupus érythémateux aigu, lorsqu'il y avait rechute sous cortisone, dse doses de 600, 800, 1.000 milligrammes par jour et même plus. Tout ceci devant évidemment être tenté avec la plus grande prudence et surveillance minutieuse.

4° **Pour l'A.C.T.H.** la technique est la même mais la posologie est moindre. C'est ainsi que le seuil d'efficacité qui est en moyenne de 50 à 100 milligrammes par jour pour la cortisone, sera pour l'A.C.T.H. compris entre 20 et 60, la dose d'attaque étant sensiblement la même.

5° D'autre part, il nous est apparu souhaitable d'éviter des cures trop prolongées d'A.C.T.H. ou de cortisone (l'une ou l'autre de ces hormones étant employée exclusivement) afin d'empêcher, théoriquement du moins, soit un épuisement, soit un assouplissement surrénalien trop accusé; les mêmes considérations nous ayant parfois conduit à associer les deux thérapeutiques.

Pourtant, si leur emploi en cures successives et alternées ou même associées paraît souhaitable en théorie, il se heurte par contre en pratique à l'inconvénient suivant : leur rendement inégal au point de vue thérapeutique qui justifie selon les cas, ici, l'emploi de cortisone et là, celui d'A.C.T.H. : par exemple le Duhring et l'eczéma appellent plutôt l'A.C.T.H., le pemphigus et la dermatomyosite plutôt la cortisone.

6° Enfin, rejoignant en cela la plupart des auteurs, nous avons jugé bon d'adjoindre presque systématiquement au traitement hormonal une cure d'antibiotiques, la terramycine ayant généralement été préférée par nous, en raison de son mode d'administration simple et de sa bonne tolérance habituelle.

OBSERVATIONS

Observation I.

Mlle G... Yvonne, 38 ans : eczéma.

Malade ayant fait durant l'enfance et l'adolescence des poussées d'eczéma qui parurent s'intensifier lorsqu'elle devint infirmière : elle fait alors (1937) une grosse poussée d'eczéma presque généralisé, sur lequel les traitements désensibilisants classiques (autohémothérapie, hyposulfite, etc.) ne font à peu près rien.

Elle continue sa profession et en 1943 apparaissent des crises d'asthme. Une intervention sur le rhinopharynx (exérèse de polypes des fosses nasales et amygdalectomie) aurait amené à cette période une amélioration de l'état cutané mais sans modification des crises respiratoires.

Trois ans plus tard, elle abandonne sa profession et l'eczéma régresse sans disparaître cependant.

L'année suivante, à l'occasion d'un choc affectif, recrudescence de l'asthme et eczéma, ce qui amène la malade à faire au cours des années suivantes plusieurs séjours à l'Hôpital du Tondu dans le service de M. le Professeur Joulia.

Durant tout ce temps lui furent appliquées successivement les médications suivantes : antigène méthylique, antihistaminiques, autohémothérapie, hyposulfite en injections, cardiazol, histamine intradermique.

La malade connaît une période d'amélioration relative jusqu'au mois de mars 1952, où, à Arcachon, elle fait une violente poussée d'eczéma et d'asthme associés.

Le 29 août 1952 elle se décide à nouveau à entrer dans le service de M. le Professeur Joulia à l'Hôpital Pellegrin.

— L'examen révèle à son entrée un eczéma érythrodermique à peu près généralisé, avec infiltration discrète et sans suintement. Le contexte clinique est absolument muet, si ce n'est l'existence de

crises d'asthme qui, à ce moment-là, sont modérées et assez espacées.

— Examens complémentaires : vitesse de sédimentation normale. Numération globulaire et formule leucocytaire qui révèlent une éosinophilie à 22 %. Test de Hanger ++. Examens de crachats et de selles négatifs.

— Le 12 septembre 1952, on fait une première cure d'A.C.T.H., pour une dose d'attaque de 100 milligrammes par jour et au bo de 12 jours, une dose totale de 690 milligrammes.

Les deux premiers jours se manifeste une transformation extraordinaire et rapide de l'état cutané avec nettoyage presque complet des lésions. Mais bientôt, tandis qu'on baisse les doses d'A.C.T.H. (une pigmentation brune et un œdème se manifestant alors) une nouvelle poussée explosive se produit (rougeur, suintement) et on arrête le traitement.

Vers la mi-janvier, la malade qui, pendant trois mois, n'avait pas eu de poussée nouvelle, en présente une assez importante pour laquelle, le 16 janvier 1953, on entreprend une deuxième cure d'A.C.T.H. Mais cette fois on maintient la dose quotidienne de 100 milligrammes pendant 6 jours. On observe alors comme la première fois une disparition de la poussée, une euphorie certaine mais aussi une légère pigmentation.

On abandonne alors l'A.C.T.H. pour la cortisone et on garde, là encore, la même dose quotidienne de 100 milligrammes pendant 6 jours.

La thérapeutique doit alors être interrompue au bout de ce temps car, outre l'accentuation de la pigmentation, de l'œdème et du suintement se font jour comme la première fois.

Conclusion

Il semble qu'on ait assisté à une amélioration spectaculaire et rapide mais à une intolérance aussi rapide aux hormones corticotropes.

Accidents observés : œdème, pigmentation, sans hypertension ni diabète.

Observation II.

Mme D... Elise : parapsoriasis lichénoïde.

— Malade dont l'histoire remonte au mois de septembre 1951, date à laquelle apparaît un prurit généralisé à tout le corps, accompagné de « marbrures » disséminées sur le tronc. Des troubles digestifs se manifestent en même temps, qui semblent même avoir dominé le tableau au début et c'est surtout comme une dyspeptique qu'elle semble avoir été soignée par son médecin traitant d'alors.

Peu satisfaite des résultats obtenus, elle se confie alors à un homéopathe. Le traitement indiqué par celui-ci ne semble pas non plus améliorer son état puisque, au mois de mai 1952, le prurit subit une nette recrudescence. Le mois suivant, le tableau se complète par l'apparition de papules lichénoïdes sur les bras, le prurit demeurant à ce moment-là toujours aussi vif.

C'est alors que M. le Professeur Joulia, consulté, conseille à la malade l'hospitalisation à Pellegrin pour mise en observation.

— Examinée à son entrée le 16 juin 1952, elle présente sur la peau au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs de petites papules érythémateuses ayant, en moyenne, les dimensions d'une lentille, sur un fond de lichénification et d'infiltration légère des téguments.

Au niveau des autres appareils, rien à signaler : ni hépatomégalie, ni splénomégalie, ni adénomégalie notamment.

— Examens complémentaires : numération 3.900.000 rouges, 8.000 blancs; formule hémoleucocytaire normale sans qu'on note la présence d'aucune forme anormale de globules sanguins.

Examen des urines : rien à signaler.

Bilan hépatique : négatif.

Une biopsie pratiquée le 24 juillet 1952 (M. le Professeur Le Coulant) conclut : érythrodermie avec légère infiltration du derme (infiltration lymphomonocytaire) du type habituellement trouvé dans les hématodermies.

— Le prurit est d'abord combattu par l'éphédrine et les antihistaminiques pendant une quinzaine de jours sans succès; puis gardénal, bromure de calcium per os et enfin calcibronat intraveineux sont essayés successivement sans plus de résultat.

Le 1er septembre 1952 la malade est mise à l'A.C.T.H. et y restera jusqu'au 4 octobre 1952, recevant ainsi une dose totale de 1 gramme 720 (dose d'attaque 100 milligrammes par jour).

On note, dès le début, une amélioration très rapide du prurit en même temps que s'estompent en grande partie les lésions cutanées.

Mais dès que la dose d'A.C.T.H. tombe au-dessous de 30 milligrammes par jour, les démangeaisons reprennent, moins violentes cependant, tandis que, parallèlement, les lésions cutanées se manifestent à nouveau, prenant cette fois un aspect différent : aux papules lichénoïdes des avant-bras et des jambes se mêlent des petites lésions érythémato-squameuses évoquant par leur desquamation provoquée en pain à cacheter le parapsoriasis en goutte.

Le 15 septembre 1952, une deuxième biopsie cutanée retrouve l'infiltrat dermique lymphomonocytaire déjà signalé, tandis qu'on note la présence de nombreux mastzellens.

Le 9 octobre 1952, la malade part du service alors que son état cutané témoigne quant à l'éruption et au prurit d'une amélioration stationnaire.

Conclusion

1° L'A.C.T.H. semble avoir eu une action spectaculaire et rapide sur le prurit, mais une action beaucoup moins nette sur les lésions infiltrées de la peau.

2° La notion d'un seuil d'efficacité, 30 milligrammes par jour ici, nous apparaît également évidente.

3° Aucun incident thérapeutique n'est à signaler (la malade a fait sa cure d'A.C.T.H. sous terramycine).

Observation III.

Mme D... Suzanne, 58 ans : pemphigus.

— L'affection débute à la fin du mois de juin 1952 par une éruption bulleuse des avant-bras et des mains.

Le médecin traitant prescrit des antihistaminiques par la bouche et une pommade à l'auréomycine. Une rémission se manifeste alors, qui va durer plusieurs mois. Mais en septembre 1952 se produit une deuxième poussée tendant à généraliser les bulles un peu sur tout le corps et pour laquelle, cette fois, un traitement à l'auréomycine par la bouche est alors institué.

Mais, devant les résultats insuffisamment probants, M. le Professeur Le Coulant, consulté, conseille l'entrée dans le service de M. le Professeur Joulia.

— Examinée à son entrée, le 16 octobre 1952, la malade présente quelques bulles et de nombreuses érosions arrondies ou polycycliques rouges, suintantes, disséminées sans ordre sur le tronc et les membres et sans localisation élective sur les régions séborrhéiques. La plupart des bulles sont en peau saine, d'autres, sur papules rouges. Le signe de Nikolsky est positif, ce qui fait alors poser le diagnostic de pemphigus.

— Examens complémentaires : la biopsie n'ayant pu être faite l'examen de sang, lui, ne révèle rien d'anormal.

L'examen des urines est aussi négatif.

L'urée est à 0 gr. 25, la glycémie à 0 gr. 90.

— On décide alors de traiter la malade par la cortisone dont elle reçoit du 18 octobre au 12 novembre 1952, 2 gr. 70, pour une dose d'attaque de 200 milligrammes par jour

Du 13 novembre au 15 décembre 1952, la malade reçoit en outre 1 gr. 740 d'A.C.T.H. Ce traitement s'est fait sous terramycine. Il faut signaler que la malade reçut en outre 2 gr. 50 de moranyl.

La cortisone entraîna un nettoyage des lésions qui ne fut pas très rapide, mais à peu près total.

L'A.C.T.H. employé à ce moment, en vertu de notre principe d'éviter une accoutumance, sembla maintenir les résultats précédemment obtenus mais amena une poussée de pyodermite qui dut faire interrompre le traitement.

Un œdème aigu du poumon devait d'ailleurs quelques jours après emporter la malade.

Conclusion

Il s'agit d'une malade pour qui la cortisone a été, semble-t-il, bienfaisante, mais l'A.C.T.H. néfaste; la première ayant amené une disparition presque totale de ses lésions cutanées, le deuxième plusieurs accidents d'intolérance dont le dernier fut mortel.

OBSERVATION IV.

M. R... Antoine, 48 ans : maladie de Duhring-Brocq.

— L'affection commence au mois d'août 1952 par une poussée érythémato-bulleuse qui débute au visage, puis s'étend rapidement à tout le corps.

M. le Professeur Le Coulant, consulté à ce moment, porte le diagnostic de maladie de Duhring-Brocq et prescrit un traitement à l'auréomycine par la bouche, traitement que le malade suivit au cours d'un premier séjour dans le service de M. le Professeur Joulia.

Amélioré légèrement mais non guéri, il continua alors de se soigner chez lui par l'auréomycine et le stovarsol.

Une nouvelle poussée développée sous traitement le décide à entrer à nouveau à l'Hôpital Pellegrin.

— Examiné à son entrée, le diagnostic de maladie de Duhring paraît s'imposer par le polymorphisme de l'éruption bulleuse et le Nikolsky négatif.

— Pourtant, le liquide de bulle n'accuse que 4 % d'éosinophiles, la formule hémoleucocytaire 4 % d'éosinophiles pour 11.600 leucocytes.

— Du 4 au 8 octobre 1952, 10 grammes d'auréomycine ne paraissent amener aucune amélioration, ce qui incite à tenter alors l'association P.A.S.-bécozyme-terramycine, qui n'a d'autre effet que de généraliser encore davantage l'éruption.

A ce moment, un nouvel examen permet de noter l'apparition sur le visage, jusque là à peu près épargné, d'une rougeur au pourtour des narines, des joues et du menton, avec desquamation grasse permettant d'évoquer la maladie de Sénéar-Usher; ce que tendrait à confirmer le signe de Nikolsky que l'on trouve alors positif. Le malade est alors en mauvais état général, très fatigué et fébrile.

Du 14 octobre au 3 novembre 1952, le malade subit une première cure d'A.C.T.H. pour une dose d'attaque de 100 milligrammes et une dose totale de 1 gr. 440.

On note une amélioration spectaculaire de l'état cutané et l'état général, allant jusqu'à la disparition totale des lésions.

Du 5 au 13 novembre 1952, le malade reçoit 780 milligrammes

de cortisone. L'éruption érythémato-bulleuse renaît et la température s'allume à nouveau.

On revient alors à l'A.C.T.H. dont le malade reçoit du 14 novembre au 5 décembre 1952, 1 gr. 440 en associant la cortisone per os, à partir du 20 novembre, à la dose de 100 milligrammes par jour. L'éruption disparaît à nouveau mais plus lentement.

Le 6 décembre 1952, le malade quitte alors le service en assez bon état cutané et général.

Conclusions

1° Efficacité spectaculaire et rapide de l'A.C.T.H., bien moindre de la cortisone, qui n'a pu chez notre malade que servir de thérapeutique d'appoint.

2° Le seuil d'efficacité de l'A.C.T.H. paraît avoir été ici de 60 milligrammes par jour.

3° Incidents thérapeutiques : seulement un très léger diabète métabolique (glycémie 1 gr. 10 - glycosurie 3 gr. 90) qui disparut rapidement.

Observation V

M. B... Augustin, 70 ans : maladie de Duhring-Brocq.

— La maladie commence en août 1950 par du prurit précédant l'apparition de plaques rouges sur lesquelles se produit une efflorescence de bulles et de vésicules.

Un traitement à la pénicilline est d'abord essayé, mais qui n'a pas grand effet.

L'extension de l'éruption et l'apparition de signes généraux (fièvre, asthénie, sueurs), conduisent le médecin traitant à consulter M. le Professeur Le Coulant. Celui-ci conseille l'auréomycine et le moranyl. Au bout de quelques semaines de ce traitement, la guérison est obtenue et qui se maintiendra huit mois à la réserve de l'apparition de quelques bulles de temps en temps et sous condition de cures d'entretien espacées d'auréomycine.

En décembre 1951 une deuxième grande poussée bulleuse se produit accompagnée de signes généraux. Une deuxième cure de 20 grammes d'auréomycine la stoppe à nouveau sous les mêmes réserves et conditions que précédemment.

En août 1952, enfin, pour une troisième poussée, on fait une troisième cure d'auréomycine, à raison cette fois de 4 grammes par jour. Au bout de 15 jours, l'amélioration se révélant moins décisive que précédemment, M. le Professeur Le Coulant conseille l'hospitalisation dans le service de M. le Professeur Joulia.

— Examiné à son entrée, le malade présente, répandue sur tout le corps, une éruption érythémato-bulleuse, avec prurit et cuisson, conservation d'un assez bon état général et absence d'aucun autre désordre viscéral. Un signe de Nikolsky négatif renforce l'impression de maladie de Duhring que donnait déjà ce malade. Il faut noter en outre l'absence de lésions des muqueuses.

— Examens complémentaires : liquide de bulle : 86 % d'éosinophiles. Numération formule hémoleucocytaire : rien à signaler. Urée normale. Urine : 4 centigrammes, puis disparition d'albumine.

— Un premier traitement associant cortisone et A.C.T.H. est institué du 1er au 24 octobre 1952 sous terramycine.

On interrompt le traitement pour intolérance (œdèmes, pig-

mentation, glycémie à 1 gr. 40) alors que le malade a reçu 1 gr. 100 de cortisone et 1 gr. 160 d'A.C.T.H.

Cette première cure a amené une disparition totale des lésions qui ne vont cependant pas tarder à reparaître dès la fin de celle-ci. Après disparition des œdèmes et normalisation de la glycémie une deuxième cure est tentée qui combine moranyl et A.C.T.H. Le moranyl doit être arrêté très vite (1 gr. 25) pour montée de l'azotémie. On observe alors sous l'effet de l'A.C.T.H. une nouvelle disparition de l'éruption bulleuse tandis que réapparaissent quelques œdèmes. On baisse l'A.C.T.H. jusqu'à 20 milligrammes par jour. On restera désormais à cette dose qui, pendant de longues semaines, permet de garder la guérison cutanée, à la réserve de l'apparition épisodique de quelques papules rouges, tandis que se maintient stationnaire un léger œdème bimaléollaire.

Conclusions

Il s'agit, en résumé, d'une maladie de Duhring pour laquelle la cortisone a donné une amélioration incomplète mais une intolérance irréductible, l'A.C.T.H. ayant donné, de son côté, une guérison à peu près complète et une intolérance moins absolue.

Observation VI.

Mme H... Cléo, 42 ans : maladie de Duhring-Brocq ayant évolué vers un Senear-Usher.

— Au mois de février 1945, éruption bulleuse d'abord localisée à l'épaule droite, accompagnée de prurit, sans signes généraux, et qui, dans les mois suivants, va tendre à se généraliser. Pendant l'hiver 1945-1946, elle subit un traitement par ultra-violets et pénicilline, ce qui entraîne un nettoyage presque total de ses lésions jusqu'en juillet 1948.

A ce moment, une deuxième poussée bulleuse se manifeste, toujours accompagnée de brûlures et de signes généraux (hyperthermie, céphalées, altération de l'état général).

C'est dans ces conditions qu'elle entre dans le service de M. le Professeur Joulia, à l'Hôpital du Tondu, le 3 septembre 1948.

Parmi les antécédents de la malade signalons : métrite et salpingite en 1931. Péritonite bacillaire en 1937. Appendicite bacillaire en 1938.

— A l'examen : éruption bulleuse généralisée avec signe de Nikolsky.

— Examens complémentaires : numération et formule montrent une éosinophilie importante. Examen du liquide de bulle : éosinophilie importante aussi. Biopsie : maladie de Duhring-Brocq.

— Traitement : après sulfamidothérapie sans grand effet, on essaie la pénicilline : 15.000.000 d'unités; quelques séries de moranyl peu efficaces; le sublimé intramusculaire est essayé également ainsi que plus tard la chloromycétine. Mais c'est surtout l'auréomycine qui semble avoir agi : une première série de 54 gr. produit un effet remarquable : guérison complète. Une nouvelle cure de 41 grammes est sans effet à l'occasion d'une rechute et devra plus tard être interrompue pour intolérance digestive. La quinacrine enfin ne semble avoir donné aucun résultat.

— En septembre 1952, on pratique une nouvelle biopsie à l'occasion d'un changement d'aspect de l'éruption, des lésions de dermatite soborrhéique s'étant fait jour au niveau du visage et de la poitrine. Celle-ci répond : maladie de Senear-Usher.

Du 1er au 15 août 1952, on fait une première cure d'A.C.T.H.

sous terramycine, pour une dose totale de 800 milligrammes et une dose d'attaque de 100 milligrammes.

L'éruption disparaît presque complètement, mais une asthénie très prononcée fait interrompre le traitement, ce qui entraîne immédiatement une réapparition de l'éruption.

Le 24 septembre 1952, une cure de cortisone est instituée, pour une dose d'attaque de 100 milligrammes. Pendant 3 mois environ, pour une dose d'entretien de 50 milligrammes par jour, on obtient un nettoyage cutané à peu près complet, un bon état général et un excellent moral.

Au début du mois de janvier 1953, la réapparition de quelques bulles est l'occasion d'un nouvel échec de l'auréomycine et de l'A.C.T.H.

Depuis le 18 janvier 1953, la malade est à nouveau sous cortisone, le seuil d'efficacité paraissant désormais être 80 milligrammes par jour et le même état cutané satisfaisant se maintenant depuis lors.

Conclusions

1° Efficacité transitoire et incomplète de l'A.C.T.H.

2° Excellent résultat donné par la cortisone mais nécessitant une thérapeutique permanente.

3° Incidents : intolérance à l'A.C.T.H., légers œdèmes développés sous cortisone mais compatibles avec la continuation du traitement.

Observation VII.

M. T... Antoine, 60 ans : maladie de Duhring-Brocq.

— A la fin du mois de janvier 1952, accompagnant une sensation de prurit et des arthralgies, apparaît une éruption érythématobulleuse, qui, débutant à la jambe gauche, gagne rapidement en quelques jours le reste du corps.

Cette extension rapide décide le malade à entrer dans le service de M. le Professeur Joulia.

— L'examen cutané pratiqué le 6 février 1953 montre une éruption érythématobulleuse remarquablement polymorphe, et faite :

1° De lésions érythématopapuleuses en cocarde, à centre violacé, déprimé et à périphérie rouge-vermillon, en relief;

2° De lésions érythématobulleuses à type d'herpès iris;

3° De pustules nées sur plaques rouges;

4° Enfin de bulles de dimensions variables, les unes apparues en peau saine, les autres sur maculopapules rouges.

Outre le prurit et les douleurs déjà signalées, notons l'absence de lésions des muqueuses, la conservation d'un assez bon état général; pas de signe de Nikolsky.

— Examens complémentaires : éosinophilie du liquide de bulle; biopsie : maladie de Duhring.

— Après quelques jours de traitement à l'auréomycine, on commence le 14 février un traitement à l'A.C.T.H., à raison de 100 milligrammes par jour. Au bout de 8 jours, l'éruption qui avait très rapidement progressé depuis l'entrée du malade à l'hôpital, et s'était généralisée à tout le corps, paraît brusquement stoppée. De jour en jour, on note alors une amélioration régulière de telle sorte que le 26 février on baisse à 80 milligrammes la dose quotidienne d'A.C.T.H. et que le 28 le nettoyage cutané est à peu près complet, l'état général étant par ailleurs extrêmement satisfaisant.

Conclusion

Résultat excellent mais trop récent pour un jugement définitif.

OBSERVATION VIII.

M. B..., 27 ans : psoriasis.

— L'éruption cutanée a commencé au début de février 1952, se localisant d'abord au cuir chevelu, puis touchant les membres, atteignant enfin le thorax.

Pendant le mois suivant, l'évolution se fait vers une extension de l'éruption qui, au moment de l'entrée, est à peu près généralisée à tout le corps. Le malade n'a jamais souffert d'aucune articulation.

C'est pour cette évolution régulièrement progressive qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

— Examiné à son entrée (15 juillet 1952), le malade présente un peu sur tout le corps des placards de psoriasis d'assez petites dimensions sans aucun signe clinique d'atteinte articulaire. L'examen général révèle seulement un certain degré d'insuffisance hépatique durant depuis deux ans.

— Examens complémentaires : numération formule : rien à signaler. Examen des urines : traces d'albumine.

— Le 7 septembre 1952, on institue un traitement à la cortisone. Au bout de trois jours de traitement (275 milligrammes au total) on doit arrêter celui-ci pour malaises et asthénie très marqués que le malade a très rapidement présentés, l'état local ayant été à peine modifié.

Conclusion

Observation peu démonstrative vu l'insuffisance du traitement.

Observation IX

Mme V... Gabrielle, 66 ans : psoriasis arthropathique.

— Au mois d'août 1946, à l'occasion d'une grande frayeur, nous dit la malade, apparaissent les premiers éléments d'une éruption de psoriasis qui va se généraliser assez rapidement tandis que six mois plus tard se manifestent les premières poussées fluxionnaires de son rhumatisme.

Durant un an et demi, le psothanol, au prix de trois cures successives, améliore et stabilise la malade.

En 1948, on découvre chez celle-ci un diabète sérologique qu'on traite simplement par un régime de restriction glucidique. La malade allait relativement bien de ce fait, mais au cours d'un voyage dans le pays basque elle tente les effets d'une tisane contre le diabète, à Béhobie, et aussitôt une poussée très aiguë de rhumatisme se déclanche accompagnée de troubles digestifs et d'amaigrissement.

C'est dans ces conditions qu'elle est amenée à entrer dans le service de M. le Professeur Aubertin, à l'Hôpital des Enfants, le 25 février 1951.

— Examinée alors elle présente un psoriasis à peu près généralisé et une polyarthrite ankylosant presque les quatre membres mais respectant davantage la colonne vertébrale.

Du 27 février au 18 avril 1951, elle reçoit 4 gr. 60 de cortisone pour une dose d'attaque de 150 milligrammes par jour et une dose d'entretien de 100 milligrammes.

Elle réagit d'abord très favorablement, nettoie très rapidement son psoriasis et libère peu à peu ses articulations, mais l'éruption renaît sous le traitement et on arrête ce dernier.

Le 22 avril 1951 on la met alors à l'A.C.T.H. 60 milligrammes le premier jour, puis 40 milligrammes par jour les jours suivants. Rapidement le psoriasis s'améliore là encore, moins vite cependant et moins complètement que la première fois. Les arthropathies subissent une régression parallèle mais bientôt l'amélioration stagne puis le psoriasis suinte.

On arrête alors l'A.C.T.H. après dix jours de traitement et une dose totale de 440 milligrammes.

Après une série d'injections d'irgapyrine, elle quitte le service de M. le Professeur Aubertin le 23 juin 1951.

— Au début de l'année 1952, alors que son affection continue d'évoluer avec une désespérante chronicité, la malade fait un premier séjour dans le service de M. le Professeur Joulia, où un traitement local améliore sensiblement mais transitoirement son psoriasis.

Elle est alors soignée pour son rhumatisme dans le service de M. le Professeur Creyx, puis, au début de juin 1952, revient dans le service de M. le Professeur Joulia.

Septicémine, gentisate, aspirine, PAS-bécozyme-terramycine, échouent ou n'amènent qu'une légère et transitoire sédation.

Le 31 octobre 1952, en raison d'une poussée atrocement douloureuse on reprend le traitement par les hormones corticotropes.

Successivement une cure de 410 milligrammes de cortisone, puis de 1.000 milligrammes d'ACTH sont entreprises. Une deuxième cure de cortisone est ensuite instituée à raison de 50 milligrammes par jour et continuée jusqu'à ce jour associée à 20 unités quotidiennes d'insuline et 2 grammes de terramycine.

L'effet de cette thérapeutique semble avoir été moins brillant que la première fois. Aucun effet sensible sur l'éruption cutanée n'a pu être noté; les articulations sont restées dans leur état de demi-ankylose, seule la douleur a diminué. Mais la malade a par la suite accentué sa poussée articulaire malgré le traitement.

Conclusion

1° Effet brillant et rapide mais transitoire de la première cure de cortisone moins brillant et tout aussi transitoire de l'ACTH.

2° « Amortissement » de cures successives avec une efficacité discutable de la cure actuelle; par contre celle-ci malgré le diabète de la malade peut être poursuivie assez régulièrement depuis bientôt plusieurs mois.

3° Incident : suppurations cutanées.

Observation X.

Mlle S... Marie, 18 ans : psoriasis arthropathique avec infantilisme.

La maladie a commencé il y a 4 ans par une éruption de psoriasis assez vite généralisée et accompagnée bientôt d'arthrite du genou gauche. Un plâtre fut alors appliqué à l'articulation malade et gardé pendant 18 mois.

L'éruption continue par la suite d'évoluer et de se généraliser encore. Au mois de septembre 1952 apparaît une arthrite du genou droit, tandis que s'installe un amaigrissement important.

Le Docteur Soureil, consulté, conseille l'hospitalisation dans le service de M. le Professeur Le Coulant.

— Examinée à son entrée le 15 novembre 1952, la malade présente une éruption psoriasique typique généralisée mais touchant surtout les membres, une arthrite des deux genoux et une morphologie particulière qui fait d'elle une infantile.

— Examens complémentaires : B.W. négatif. Vernes : 48. Vitesse de sédimentation : 97 mm. Numération formule : rien à signaler. 17 cétostroïdes : 1 mm. 5 par 24 heures.

On porte le diagnostic de psoriasis arthropathique avec infantilisme de type Lorain.

— Le 28 novembre 1952, la malade est mise à deux grammes de streptomycine par jour et quelques jours après à 100 milligrammes de cortisone par jour qu'elle gardera pendant quatre jours et qu'on arrête pour vomissements. La streptomycine est continuée à la dose de 1 gr. 50, puis de 1 gr. par jour, jusqu'à la fin du mois de décembre. Du 5 janvier au 1er février 1953, on fera 1 gr. 50 par jour. Par ailleurs, la malade reçoit également 500 unités de gonadotrophine tous les cinq jours et 1 milligramme de cycloestrol par jour. Très rapidement, depuis le début de ces thérapeutiques, on a observé un blanchiment cutané, tandis que la malade reprenait du poids.

A sa sortie de l'hôpital, on notait :

1° Disparition complète de l'éruption;

2° Un genou gauche resté gros mais indolore;

3° Un bon état général (le poids a augmenté de 1 kg. 500).

Conclusion

1° Malgré la durée très courte de la cure, il semble qu'on doive attribuer à la cortisone ce blanchiment cutané complet et encore durable;

2° Incidents : troubles digestifs.

Observation XI.

Mme G. Amélie, 70 ans : mycosis fongoïde.

— L'histoire de cette malade est simple : un prurit, surtout marqué au niveau des hanches et de la région lombaire, débute en janvier 1950 et subit d'abord l'épreuve d'un traitement anti-parasitaire. Celui-ci s'étant révélé inefficace, un traitement pour le foie est à son tour tenté, et sans plus de succès.

L'intensité et la ténacité de ce prurit conduisent bientôt la malade à entrer dans le service de M. le Professeur Joulia, le 6 juillet 1951.

— Examinée à ce moment, on note des lésions de lichénification au niveau des membres surtout, de la face plus discrètement, ainsi que des plaques dermoépidermiques infiltrées de teinte cuivrée au niveau du tronc, quelques discrètes adénopathies inguinales, axillaires et sous-maxillaires; pas de splénomégalie.

— Examens complémentaires : numération globulaire : légère anémie. Radiographie médiastinale normale. Biopsie d'une plaque infiltrée de la paroi abdominale : mycosis fongoïde.

— Plusieurs séries de radiothérapie vont être faites à la malade durant les années 1951-1952 et qui donneront une nette amélioration de son état, surtout au point de vue fonctionnel. Bientôt pourtant l'intolérance générale, digestive et sanguine obligera d'interrompre ces séances.

C'est donc avec un état cutané et un prurit à peine modifiés par rapport à ceux qu'elle avait à son entrée, qu'on décide d'essayer un traitement à l'A.C.T.H.

Du 13 juillet au 15 septembre 1952, la malade en reçoit 1 gr. 810. On note alors une amélioration spectaculaire du prurit qui, au dire de la malade, disparaît bientôt complètement. Le traitement doit pourtant être interrompu pour diabète métabolique (glycosurie : 44 gr.; glycémie : 2 gr. 10).

Le prurit reprend alors et réapparaissent de plus belle les lésions infiltrées, parakératosiques et lichénifiées.

Le 1er décembre 1952, la cortisone est essayée à son tour, et, après 5 jours de traitement (480 milligrammes au total) est arrêtée à son tour vu l'ascension de la glycosurie.

Vu le caractère si pénible du prurit de la malade, on la remet cependant à l'A.C.T.H. le 15 décembre 1952. Au bout d'une dizaine de jours de ce traitement (540 milligrammes au total) c'est encore la glycosurie élevée qui oblige à l'interrompre et l'on note à cette occasion que le prurit a été moins amélioré que la première fois.

Enfin, le 1er janvier 1953, une dernière cure de 500 milligrammes de cortisone (10 jours à 50 milligrammes par jour) n'amène plus qu'une légère amélioration.

Conclusion

1° Efficacité spectaculaire mais transitoire de l'A.C.T.H., indiscutablement sur le prurit, plus discutablement sur les lésions infiltrées de la peau;

2° Efficacité moindre de la cortisone;

3° Amortissement des effets de cures successives d'hormones corticotropes;

4° Incidents : diabète métabolique.

OBSERVATION XII.

M. de S... Manuel, 49 ans : maladie d'Hodgkin.

— En fin janvier 1952, apparition sur la cuisse droite d'abord, puis sur les membres supérieurs et inférieurs ensuite, de placards infiltrés rouges, plus ou moins eczématiformes et très prurigineux. Aucune thérapeutique calmante par voie locale ou générale n'ayant d'efficacité, le malade décide d'être hospitalisé dans le service de M. le Professeur Joulia.

— A son entrée le 26 avril 1952, il présente des placards érythémateux légèrement infiltrés, lichénifiés, plus ou moins cyanotiques selon les endroits, largement répandus sur les membres inférieurs mais respectant les genoux; au niveau des membres supérieurs, les mêmes lésions se retrouvent, plus œdématiées, moins cyanotiques et croûteuses par endroits. Le tronc et le visage sont relativement épargnés sauf le cou jusqu'au décolleté.

A ce premier élément du tableau que constitue l'éruption cutanée s'ajoutent des adénopathies inguinales, axillaires et cervicales, élastiques, mobiles, non douloureuses et sans périadénite.

— Examens complémentaires : numération formule, 8.800 blancs (2 % d'éosinophiles), 4.700.000 rouges.

Examen des urines : négatif. Myélogramme : éosinophilie notable.

Biopsie cutanée peu démonstrative.

Biopsie ganglionnaire : granulomatose avec cellules de Sternberg.

— Traitement : radiothérapie. Deux séries de séances amènent une amélioration incontestable qui sont bien tolérées malgré une très légère anémie à 3.800.000 rouges.

Les radiologistes se refusant alors à pousser plus loin leur thérapeutique, on institue un traitement par les hormones corticotropes.

Du 13 octobre au 5 novembre 1952 : cure de 1 gr. 180 d'A.C.T.H.

Du 6 novembre au 22 décembre 1952 : 2 gr. 350 de cortisone.

Dès les premières injections d'A.C.T.H., le prurit disparaît à peu près complètement et les placards cutanés s'estompent en

grande partie. La peau redevient souple, restant seulement encore légèrement lichénifiée. Le traitement par la cortisone maintient l'amélioration obtenue mais déclanche une poussée de folliculites qui oblige à l'interrompre. On arrête donc la cortisone le 22 décembre 1952. Cinq semaines après, le malade sort du service ayant maintenu durant tout ce temps un état très satisfaisant, persistant seulement comme nous le disions plus haut une discrète lichénification de la peau et une micropolyadénopathie, le prurit étant à peu près inexistant.

Conclusion

1° Efficacité incontestable de l'A.C.T.H. qui a parachevé l'amélioration obtenue antérieurement par la radiothérapie.

2° La cortisone a maintenu ces résultats mais entraîné des phénomènes infectieux.

Observation XIII

Mlle L... Marcelle, 17 ans : dermatomyosite.

— L'histoire de cette malade remonte à l'année 1950, où apparaissent progressivement et symétriquement au niveau des doigts des lésions de dermatite « érythémato-kérato-atrophiante ».

Au début de l'été 1952, le tableau va s'enrichir d'un érythème du visage et du décolleté, de signes généraux (amaigrissement considérable et asthénie) ainsi que de myalgies et d'arthralgies.

Enfin, au mois de juillet, apparaît la dysphagie.

C'est pour tous ces signes qu'elle entre dans le service de M. le Professeur Joulia le 8 novembre 1952.

— Examinée à cette époque, elle présente sur le visage un érythème lilacé très marqué au niveau des paupières, avec œdème maximum à ce niveau, mais intéressant aussi le front, les joues, le cou, où les lésions prennent, en bordure, un aspect émietté.

Une certaine desquamation furfuracée, quelques télangiectasies se remarquent, sans atrophie cutanée. Au niveau du tronc on note seulement quelques éléments éruptifs et au niveau des membres surtout sur la face d'extension des avant-bras et des doigts, des lésions érythémato-squameuses, avec tendance atrophique.

Au point de vue musculaire, atrophie et asthénie des trapèzes et des sterno-cléido-mastoïdiens, infiltration douloureuse des muscles de la ceinture scapulaire, avec atteinte marquée des muscles des gouttières vertébrales.

Complétant ce syndrome musculaire, la dysphagie déjà signalée tout à l'heure.

Au point de vue viscéral, rien à signaler du côté du foie, de la rate ni des ganglions.

A l'auscultation du cœur, rien à signaler.

— Examens complémentaires : radio pulmonaire normale.

Vitesse de sédimentation : 47 millimètres la première heure.

Examen de sang : légère leucopénie avec lymphocytose.

Créatinurie : 0,60. Créatininurie : 0,40.

Fer sérique : 100 γ. 17 cétostéroïdes : 7 milligrammes pour 24 h.

Examen des urines : 2 centigrammes d'albumine sans cylindres ni hématies.

Ponction sternale : pas de cellule de Hargrave.

Biopsie cutanée et biopsie musculaire concluent à une dermatomyosite.

— Le 3 décembre 1952, la malade commence une première cure de cortisone qui va être poursuivie pendant cinq semaines jusqu'au 8 janvier 1953, pour une dose d'attaque de 200 milligrammes et une dose totale de 3 gr. 760.

Progressivement, mais rapidement, on voit l'éruption pâlir, les forces revenir, l'appétit renaître, la dysphagie s'estomper, la malade reprendre du poids.

La thérapeutique doit être arrêtée huit jours, ce qui déclanche une reprise presque immédiate de l'éruption, tandis que la malade se sent à nouveau très fatiguée et que la température monte à 40°.

Une nouvelle cure de cortisone à raison de 100 milligrammes par jour permet de retrouver la même spectaculaire et rapide amélioration que la première fois.

Conclusion

Très belle efficacité de la cortisone (pas d'intolérance), mais où le recul du temps nous manque encore pour justifier une opinion définitive.

Observation XIV

M. V... André : dermatomyosite.

— Au mois d'avril 1952 le malade voit s'installer un œdème et un érythème lilacé au niveau de ses paupières.

Le mois suivant apparition de lésions eczématiformes du tronc, pour lesquelles il est soigné par autohémothérapie et antihistaminiques. Au mois de juin il subit une cure d'auréomycine et un traitement local de ses lésions cutanées.

Bientôt une asthénie importante se manifeste et son médecin le docteur Texier conseille l'hospitalisation dans le service de M. le Professeur Joulia.

— Examiné à son entrée le 27 août 1952, il présente alors un érythème lilacé des paupières et déjà au niveau du tronc un état poïkilodermique avec œdème.

Les mêmes lésions se retrouvent mais moins marquées au niveau des membres.

L'asthénie musculaire est très accusée au niveau des muscles du bras, des épaules et des lombes, et le malade se plaint de dysphagie.

Au point de vue viscéral, le malade ne présente aucun signe neurologique, ni aucun signe non plus au point de vue hépatique, splénique, ganglionnaire.

A l'auscultation du cœur : souffle systolique de la pointe.

— Examens complémentaires : radiographie pulmonaire négative, examen des crachats de même. Vitesse de sédimentation : 57 Mm. la première heure. Vernes : 52. Métabolisme basal : + 4.

Examen de sang : anémie légère avec 11 % d'éosinophiles.

Créatinine dans les urines : 0,024. Vitamine C : 23 milligrammes par litre. B.B.S. 0,39.

Biopsie cutanée : Dermatomyosite.

— Le malade sort alors du service et est soigné chez lui par le salicylate par la bouche, l'acide paraaminobenzoïque en injections, du lipiodol dont il lui est administré vingt ampoules par voie intra-musculaire, le gentisate (20 injections) et finalement une association vitamine C par voie intraveineuse et éphynal fort par la bouche.

Enfin, un dernier traitement aux extraits thyroïdiens l'ayant, semble-t-il, assez fatigué, il entre une deuxième fois dans le service le 13 décembre 1952.

Examiné à ce moment, on note : une persistance de myasthénie accusée dès le début au niveau de la ceinture scapulaire, des muscles du cou et des lombes. L'œdème des membres inférieurs est toujours notable.

Au point de vue cutané on est frappé par la persistance quoique atténuée d'un érythème lilacé des régions orbitaires et des extrémités (mains, avant-bras) et par un état poïkilodermique du tronc et du cou. Aux membres inférieurs l'œdème domine avec desquamation en larges squames. La dysphagie par contre paraît améliorée.

— Le 14 décembre 1952 on met le malade en traitement par la cortisone avec une dose d'attaque de 200 milligrammes par jour et pour une durée de trois semaines environ.

Le 8 janvier 1953 on doit arrêter le traitement pour syndrome infectieux pulmonaire de la base droite.

L'amélioration assez lente mais indiscutable qu'entraînent ces 4 gr. 800 de cortisone dans l'état cutané et général du malade se maintient depuis un mois et demi.

Conclusion

Efficacité relative mais durable de la cortisone.

Observation XV

Mlle S... Arlette, 10 ans : kératite interstitielle.

— Le 12 mai 1952 se présente à la consultation la jeune S... Arlette. On diagnostique une kératite interstitielle de l'œil droit.

Un front olympien, des dents d'Hutchinson, un BW ++++ avec taux de réagines à 1/64 confirment le diagnostic de syphilis congénitale tardive dont cette kératite interstitielle paraît avoir été la première manifestation clinique.

— La malade est mise au traitement par la pénicilline : 3.000.000 d'unités de flocilline lui sont appliqués entre le 13 et le 22 mai 1952, traitement auquel les ophtalmologistes ajoutent de la cortisone en pommade sur l'œil droit et des implants sous-conjonctivaux de cette même cortisone.

On suit alors les effets sérologiques et cliniques de cette thérapeutique. Sérologiquement on constate une évolution satisfaisante puis le taux de réagines baisse régulièrement de 1/32 le 29 mai 1932 à 1/4 le 11 décembre 1952. Cliniquement un nettoyage spectaculaire et rapide des lésions oculaires a été observé dès les premiers jours du traitement et s'est maintenu tel pendant toute l'année 1952, la malade étant toujours soignée au point de vue local par la pommade à la cortisone.

Le 15 décembre 1952 le traitement local ayant été suspendu depuis trois semaines on observe une nouvelle poussée de kératite à l'œil droit.

Le 24 décembre 1952 on fait alors 6.000.000 d'unités de flocilline à la malade et on reprend la cortisone.

Une nouvelle amélioration s'ensuit et actuellement l'état oculaire de la petite malade est aussi satisfaisant que possible tandis que le taux de réagines descend à 1/2 le 10 janvier 1953.

Conclusion

Efficacité très rapide dans ce cas de kératite interstitielle de la cortisone qui paraît un appoint local de premier ordre au traitement général par la pénicilline.

CONCLUSIONS GENERALES DE NOS OBSERVATIONS

1° La première notion qui se dégage de la lecture des faits qui précèdent, est celle de l'**efficacité générale** du traitement par les hormones corticotropes : tous nos malades, sauf un cas de psoriasis pour lequel la cortisone dut être arrêtée au troisième jour, ont, à des degrés et pour une durée variables, réagi favorablement.

2° La nécessité d'un traitement permanent nous est apparue une autre conclusion aussi évidente que la première ; feraient peut-être exception un cas de dermatomyosite et un cas de maladie d'Hodgkin pour lesquelles l'amélioration obtenue s'est maintenue après l'arrêt du traitement. Cependant, comme nous l'avons déjà signalé dans l'observation de chacun de ces malades, le recul encore bien insuffisant du temps dont nous bénéficions empêche nettement de conclure.

3° Les obstacles qui apparaissent vite lorsque le traitement se prolonge sont malheureusement aussi un fait important à signaler. Deux sur trois de nos malades ont présenté, à des degrés et sous des formes variés, leur intolérance au traitement par l'A.C.T.H. ou la cortisone. Les deux incidents les plus fréquemment rencontrés ayant été de loin les œdèmes et le diabète cortisonique.

4° Lorsqu'un traitement actif paraissait pouvoir être continué sans que se manifeste aucune intolérance les doses quotidiennes d'hormones corticotropes étaient progressivement abaissées, guidés que nous étions par la recherche du seuil d'efficacité (ou dose minima efficace).

Pour l'A.C.T.H., celui-ci nous a paru éminemment variable selon les cas, les malades, et le nombre de cures, oscillant en moyenne entre 20 et 80 milligrammes par jour. Sauf un cas de maladie d'Hodgkin, il n'a jamais pu être ramené à 0.

Pour la cortisone, ce seuil sensiblement plus élevé, oscillait entre 50 et 100 milligrammes par jour.

5° Le devenir lointain des malades ainsi traités est une notion que l'on ne peut encore qu'entrevoir. Deux faits cependant semblent pouvoir être soulignés :

— L'un rassurant, le traitement par ces hormones n'a jamais aggravé l'état des malades,

— l'autre décevant, il y a en quelque sorte un amortissement des effets bienfaisants lors de cures successives.

6° Les conditions **particulières** de l'efficacité thérapeutique de nos hormones paraissent pouvoir se résumer ainsi :

Maladie de Duhring	A.C.T.H.	Très actif.
Pemphigus	Cortisone	Très active.
Dermatomyosite	Cortisone	Très active
Hématodermies		
Mycosis		
Hodgkin		Efficacité à peu près égale de l'A.C.T.H. et de la cortisone. Cette efficacité nous apparaît porter beaucoup plus sur le prurit que sur les autres signes.
Eczéma	A.C.T.H.	Aussi actif que mal toléré
Psoriasis		
Psoriasis arthropatique	Cortisone	Guérit au début, améliore ensuite, ne fait plus rien enfin.
2 psoriasis simples ...	Cortisone	Un blanchiment durable. Une intolérance très rapide.

QUELQUES STATISTIQUES
publiées par divers auteurs français

Ayant exploré les différentes publications françaises consacrées au traitement des dermopathies par les hormones corticotropes, nous avons recueilli les résultats suivants :

Aphtose		
1 cas (Gaté)	A.C.T.H.-Cortisone	1 succès complet.
Pytiriasis rubra pilaire		
1 cas (Degos-Garnier)	A.C.T.H.	1 guérison.
Erythrodermies		
1° Essentielles :		
2 cas (Bolgert-Tabernat)	A.C.T.H.	2 échecs.
3 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration durable.
		2 échecs.
2° Post-auriques :		
3 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration durable
		2 échecs
Eczéma constitutionnel		
1° Adultes :		
3 cas (Bolgert-Tabernat)	A.C.T.H.	3 échecs.
2 cas (Bureau)	A.C.T.H.	1 guérison.
	Cortisone	1 amélioration.
2 cas (Gaté)	A.C.T.H.	1 amélioration minime.
	Cortisone	1 amélioration très nette
24 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	18 améliorations importantes :
		10 durables;
		8 transitoires.
		4 améliorations plus légères.
2° Enfants :		2 échecs.
2 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	2 améliorations transitoires.
3° Nourrissons :		
1 cas (Gaté)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration puis reprise violente.
15 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	7 améliorations durables.
		3 améliorations transitoires.
		5 échecs.

Psoriasis

1° Simple :		
2 cas (Bolgert)	A.C.T.H.	2 échecs.
1 cas (Bureau)	A.C.T.H.	1 échec.
3 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	3 améliorations transitoires.
2° Arthropathique :		
1 cas (Degos-Garnier)	A.C.T.H.-Cortisone	Amélioration cutanée. Aucune amélioration articulaire.
1 cas (Margarot)	Cortisone	1 échec.
3 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration durable. 2 améliorations transitoires.
3° Erythrodermique :		
2 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration durable. 1 transitoire.

Urticaire chronique

1 cas (Gate-Vachon)..	A.C.T.H.	1 échec.
4 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	2 améliorations durables. 2 améliorations transitoires.

Maladie de Duhring

4 cas (Bolgert)	A.C.T.H.	3 améliorations durables. 1 échec.
5 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	3 améliorations durables. 2 échecs.

Erythème polymorphe bulleux

3 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration durable. 2 améliorations transitoires.

Hématodermies

Lymphosarcome :		
1 cas (Bolgert)	A.C.T.H.	1 échec.
Leucémie lymphoïde :		
1 cas (Bureau)	Cortisone	1 échec.
Leucose aiguë :		
1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
Réticulose maligne :		
1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
Réticulo-angiosarcome :		
1 cas (Bureau)	Cortisone	1 échec.
Mycosis fongoïde :		
4 cas (Degos-Garnier)	A.C.T.H.-Cortisone	3 aggravations. 1 amélioration transitoire

3 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	3 améliorations partielles transitoires.
Erythème prémycisique :		
2 cas (Gaté-Vachon)..	A.C.T.H.	2 améliorations partielles transitoires.
1 cas (Ravault-Michel)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
Pyodermite végétante		
1 cas (Gaté)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
Epidermolyse bulleuse polydysplasique		
1 cas (Coste-Piguet)..	A.C.T.H.	1 amélioration transitoire
Ichtyose		
1 cas (Coste-Piguet)..	A.C.T.H.	1 amélioration.
Pelade décalvante		
3 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	3 améliorations partielles
Lupus tuberculeux		
1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
Rhumatisme infectieux		
1° Rhumatisme gonococcique :		
1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
2° Rhumatisme infectieux :		
1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
Syndromes dermato-rhumatismaux		
Dermatomyosite :		
1 cas (Bureau)	A.C.T.H.	1 amélioration transitoire
Rhumatisme aigu abarticulaire :		
1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
Lupus érythémateux aigu :		
1 cas (Bureau)	A.C.T.H.-Cortisone	1 blanchiment transitoire
1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 blanchiment transitoire
1 cas (Degos-Garnier)	A.C.T.H.-Cortisone	1 mort.
Sclérodermie :		
1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
Maladie de Pick-Herxheimer :		
1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire

Lèpre tuberculoïde

1 cas (Degos-Garnier)	A.C.T.H.	1 résultat intéressant sur poussée allergique.

Maladie trisymptomatique de Gougerot

1 cas (De Graciansky-Gruper)		1 amélioration transitoire

Pemphigus chronique

1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration importante.
1 cas (Basex)		1 guérison transitoire.
1 cas (Bureau)	A.C.T.H.-Cortisone	1 échec.

Pemphigoïde séborrhéique.

1 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration transitoire
1 cas (Michel)		1 amélioration transitoire
1 cas (Blanchon)		1 amélioration transitoire

Kératite interstitielle

3 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	3 améliorations partielles transitoires.

Prurigo

1 cas (Bolgert)	A.C.T.H.	1 échec.

Chéloïdes

2 cas (Huriez)	A.C.T.H.-Cortisone	2 échecs.

CONCLUSIONS DE CES OBSERVATIONS

Des publications des divers auteurs que nous venons de citer il semble qu'on puisse tirer l'enseignement suivant :

1° Les meilleurs résultats ont été obtenus :

a) pour les érythrodermies essentielles et postauriques (ce qui n'est pas pour nous surprendre beaucoup) ;

b) pour 1 cas d'aphtose et 1 cas de pytiriasis rubra-pilaire (mais là l'interprétation nous paraît moins facile).

2° De bons résultats pour :

a) eczéma constitutionnel et urticaire chronique d'une part ;

b) érythème polymorphe bulleux et Duhring d'autre part ;

c) psoriasis enfin.

3° De simples rémissions ont conclu les essais pratiqués sur :

a) un groupe assez varié d'hématodermies :

leucose aiguë,
réticulose maligne,
mycosis fongoïde,
érythème prémycosique.

b) les divers syndromes dermatorhumatismaux suivants :

lupus érythémateux aigu,
rhumatisme articulaire aigu et abarticulaire,
dermatomyosite,
scléro-dermie,
maladie de Pick-Herxheimer.

c) pour un groupe assez disparate d'affections que constituent :

épidermolyse bulleuse polydysplasique,
ichtyose,
pelade décalvante,
lupus tuberculeux.

d) la forme allergique de la maladie de Hansen et l'allergie cutanée polymorphe de Gougerot.
e) le pemphigus chronique vrai et la pemphigoïde séborrhéique.
f) la pyodermite végétante,
g) quelques cas de rhumatismes infectieux.
h) la kératite interstitielle.

4° Aucun succès par contre n'a pu être obtenu pour l'ensemble des affections suivantes :

a) lymphosarcome, leucémie lymphoïde, réticulo angio sarcome.
b) Cheloïdes.
c) prurigo (ce dernier résultat assez déconcertant).

CONFRONTATION DES RESULTATS BORDELAIS AVEC CEUX DES AUTRES AUTEURS FRANÇAIS

Nous ne soulignons pas de différences fondamentales entre les conclusions de notre modeste expérience et celles que nous ont révélé les diverses publications françaises.

Nous voudrions pourtant noter les points suivants :

1° Pour les dermatoses bulleuses, si le duhring nous a paru semblablement et aussi heureusement influencé par le traitement, par contre, nous serions plus optimistes pour le pemphigus.

2° Pour les hématodermies, là encore notre impression est plus favorable malgré l'absence de recul.

3° Même observation pour la dermatomyosite.

4° Nous avons observé la même variabilité de résultats pour le psoriasis.

5° Pour l'eczéma notre seule observation nous fait retrouver la même action spectaculaire mais transitoire et la même intolérance rapide relevée par la plupart des auteurs.

6° Pour la kératite interstitielle enfin un résultat brillant et spectaculaire mais ayant nécessité un traitement prolongé.

RESULTATS DE QUELQUES EXPERIENCES AMERICAINES

C'est naturellement aux U.S.A. que nous pouvions espérer trouver à la fois le plus de recul et la plus large expérimentation quant au traitement des diverses dermatoses par l'A.C.T.H. et la cortisone. Nous en avons recueilli les renseignements suivants que nous reproduisons ci-dessous brièvement résumés :

Lupus érythémateux		
1° L.E. disséminé :		
8 cas (Edwin-Irons, Chicago)	A.C.T.H.-Cortisone	Réponse rapide : 7 améliorations. Réponse lente : 1 mort.
2° L.E. chronique : (Kinland-O'Leary, Rochester)		Résultats peu satisfaisants, amélioration cutanée très fugace.
3° L.E. aigu : (Kinland-O'Leary, Rochester)		Rémissions temporaires « amortissement » des cures successives, issue fatale en définitive.
Sclérodermie		
1 cas (Edwin-Irons, (Chicago)	A.C.T.H.	1 rémission.
(Kinland-O'Leary, Rochester)	A.C.T.H.-Cortisone	Amélioration subjective durable. Amélioration objective plus passagère.
Périartérite noueuse		
1 cas (Edwin-Irons, Chicago)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration.
Dermatomyosite		
1 cas Elkington	A.C.T.H.	1 grande amélioration
2 cas Ragan	A.C.T.H.	2 courtes améliorations puis rechute.
1 cas Oppel	A.C.T.H.	1 amélioration de quatre mois.
3 cas Thorn	A.C.T.H.	3 améliorations.

7 cas Kinland,O'Leary (Rochester)	Cortisone	4 résultats nuls. 1 amélioration durable. 2 améliorations légères.

Dans l'ensemble les signes cutanés ont semblé beaucoup mieux réagir à la thérapeutique que le syndrome musculaire.

Psoriasis arthropathique		
2 cas (Edwin-Irons, Chicago)	A.C.T.H.	Rémission.
(Kinland-O'Leary, Rochester)	Cortisone	Aucun effet.
	A.C.T.H.-Cortisone	Améliorations.
Pemphigus		
5 cas (Cannon-Hopkins, Chicago)	A.C.T.H.-Cortisone	2 morts. 3 améliorations.
(Kinland-O'Leary, Rochester)	A.C.T.H.-Cortisone	Améliorations transitoires.
Pemphigus végétant		
2 cas (Cannon-Hopkins, Chicago)	A.C.T.H.-Cortisone	2 améliorations transitoires.
Pemphigus foliace		
(Kinland-O'Leary, Rochester)	A.C.T.H.-Cortisone	Améliorations durables.
Pemphigoïde séborrhéique		
2 cas (Cannon-Hopkins, Chicago)	A.C.T.H.-Cortisone	2 améliorations transitoires spectaculaires.
Epidermolyse bulleuse congénitale dystrophique		
2 cas (Gannon-Hopkins, Chicago)	A.C.T.H.-Cortisone	Infime amélioration cutanée.
Erythème noueux		
(Kinland-O'Leary, Rochester)	A.C.T.H.-Cortisone	Améliorations nettes.
Urticaire		
U. médicamenteux :		
1 cas (Kinland-O'Leary, Rochester)	A.C.T.H.-Cortisone	Amélioration spectaculaire.
U. chronique :		
1 cas (Kinland-O'Leary, Rochester)	A.C.T.H.-Cortisone	1 échec.

Kératite interstitielle syphilitique

4 cas (Kinland-O'Leary, Rochester)	Cortisone (instillations)	3 améliorations spectaculaires. 1 belle amélioration. Pas de rechutes.

Kérato-conjonctivite de l'acné rosacée

2 cas (Kinland-O'Leary, Rochester)	A.C.T.H.-Cortisone	1 amélioration. 1 échec.

Hématodermies

1° Mycosis fongoïde : (Kinland-O'Leary, Rochester)	A.C.T.H.-Cortisone	Amélioration du prurit.
2° Hodgkin : (Kinland-O'Leary, chester)	A.C.T.H.	Peu d'effet sur les lésions cutanées. Disparition complète des lésions cutanées lors d'une première cure, mais récidive.

Dermatoses allergiques et eczéma

(Kinland-O'Leary, Rochester)	A.C.T.H.-Cortisone	Effet certain sur le prurit. Améliorations mais récidives.

CONFRONTATION DES TRAVAUX AMERICAINS ET FRANÇAIS

1° Il nous semble pouvoir être souligné tout d'abord que les indications thérapeutiques des hormones corticotropes ont été **moins larges** qu'en France et ont été en gros réduites aux affections suivantes :

— maladies du collagène,
— psoriasis,
— pemphigus,
— kératite interstitielle.

Ainsi, l'expérimentation paraît avoir été plus systématique en France, plus logique aux U.S.A.

2° La technique, par contre, est à peu près celle de la plupart des observations françaises à la réserve cependant des deux points suivants :

— des doses d'attaque assez souvent **plus élevées,**
— une affection marquée pour les cures d'antibiotiques **précédant** le traitement hormonal.

3° Peu de différence là encore, quant aux résultats généraux obtenus par cette thérapeutique. Les auteurs américains insistent notamment sur l'effet transitoire du traitement. Ils signalent par contre **peu d'accidents d'intolérance.**

4° Les résultats particuliers offrent eux aussi peu de différences sensibles. Insistons pourtant sur l'expérience beaucoup plus riche des auteurs américains quant aux syndromes dermatorhumatismaux et notamment pour la dermatomyosite.

Pour elle, Elkington, Ragane, Oppel, Thorn, ainsi que Kinland et O'Leary concluent ainsi leur expérimentation :

— les résultats portent bien plus sur le syndrome cutané que sur le syndrome musculaire;
— ceux-ci sont généralement transitoires;

— ils sont d'autant meilleurs que l'on adjoint aux hormones corticotropes la testostérone « qui agirait à la fois en restaurant la fonction musculaire et en combattant l'inflammation »;
— l'A.C.T.H. paraît mieux réussir que la cortisone.

CONCLUSIONS GENERALES

1° La diversité des syndromes sur lesquels les hormones corticotropes ont été essayées en dermatologie et les résultats très inégaux pourraient faire penser que cette thérapeutique est très incertaine quant à son efficacité. Certes, si des recherches ont été faites dans les voies les plus variées, parfois même un peu inattendues, nous ne devons pas oublier qu'en dermatologie il y a des indications majeures de l'A.C.T.H. et de la cortisone, à côté d'indications mineures, mais que parfois l'abstention est préférable à tout essai thérapeutique. De ce point de vue, il nous semble pouvoir classer ainsi les diverses dermopathies envisagées :

a) L'eczéma constitutionnel, l'érythrodermie par intolérance, l'urticaire, le prurigo, l'érythème polymorphe, le Duhring, qui seraient les meilleures indications de l'A.C.T.H.

b) Les syndromes dermato-rhumatismaux (sclérodermie, lupus érythémateux aigu, périartérite noueuse, dermatomyosite) le psoriasis et le pemphigus, qui nous paraissent bénéficier particulièrement de la cortisone.

c) Les hématodermies (mycosis fongoïde surtout) qui paraissent très améliorées, essentiellement au point de vue fonctionnel, par l'A.C.T.H. et parfois par la cortisone.

d) Nous éviterons d'interpréter les résultats plus ou moins favorables obtenus pour l'ichtyose, la pelade, l'épidermolyse bulleuse polydysplasique, l'aphtose et le pytyriasis rubra pilaire de même que pour le lupus tuberculeux.

e) Nous insisterons par contre sur les excellents résultats obtenus dans une affection dont le pronostic était sombre jusqu'à présent : la kératite interstitielle.

Ce qui nous amène à la brève conclusion générale suivante :

quatre grandes indications de l'A.C.T.H. et la cortisone en dermatologie :

— maladies allergiques (dont le Duhring),
— maladies du collagène,
— pemphigus,
— kératite interstitielle.

2° Le recul du temps ne permet pas encore d'apprécier exactement les effets des hormones corticotropes, pas plus dans le sens d'une amélioration durable que d'une aggravation certaine.

Pourtant, l'impression dominante que laisse la lecture des diverses observations est bien celle d'une « merveilleuse rémission »... mais seulement d'une rémission. Et le mot d'insuline nous reviendrait volontiers à l'esprit, mais il ne paraît être valable que pour un nombre assez réduit de cas; pour la plupart des autres, une intolérance trop rapide empêche d'envisager tout traitement prolongé.

3° Nous voudrions enfin, pour terminer, envisager ce grand problème beaucoup plus moral et psychologique certes que scientifique : « faire ou non de la cortisone » devant ces cas désespérés pour lesquels elle ne peut guère amener qu'une amélioration fonctionnelle, une atténuation transitoire de la souffrance... et après le mot d'insuline celui de morphine ne peut que nous venir à l'esprit.

Il est un problème pour certains, en effet, de savoir si le médecin a le droit (et beaucoup plus sans doute en médecine générale qu'en dermatologie) de faire entrevoir au malade un état de guérison ou de soulagement bienheureux que non seulement il n'est pas sûr de pouvoir lui garder, mais que souvent aussi il risque de conquérir au prix d'un désordre métabolique plus grave.

Mais, dira-t-on aussi, sont-ce là considérations auxquelles le médecin doit s'arrêter, et ne pourrait-il pas aussi s'interroger sur l'utilité de l'ultime quart de milligramme d'ouabaïne qu'il s'apprête à injecter à un asystolique agonisant ?

La cortisone, à notre sens, reste, avec sa merveilleuse efficacité et sa redoutable insuffisance, comme une raison de joie et de fierté pour le savant moderne, mais aussi comme un argument de plus de cette éternelle leçon de patience et de modestie que Dieu veut peut-être lui donner.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU

Pour le Doyen,
L'Assesseur :
R. SIGALAS.

Le Président de Thèse :
JOULIA.

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 18 mars 1953
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Hormones corticotropes en dermatologie

Bull. Soc. Derm. Syph., 1952.

Coste (F.) et al. — Un cas d'épidermolyse bulleuse polydysplasique améliorée par l'A.C.T.H.

Bolgert et al. — Action de l'A.C.T.H. dans la maladie de Duhring. Examen anatomique de deux cas à évolution défavorable.

Boutellier (A.). — Pigmentations cutanées et muqueuses survenues au cours d'un traitement d'A.C.T.H.

Gadrat (J.) et al. — Résultats immédiats obtenus avec la cortisone dans un pemphigus vulgaire.

Gougerot (H.) et al. — Insuffisance surrénale. Maladie d'Addison au cours d'un pemphigus, après traitement par le moranyl et l'auréomycine. Nouvelle poussée au cours d'un traitement trop faible de consolidation par la cortisone.

Hadida (E.) et al. — Pemphigus subaigu malin à bulles extensives. Résultats du traitement par la cortisone.

Michel (P.-J.) et al. — Résultats obtenus avec la cortisone dans un cas de pemphigoïde séborrhéique généralisée.

Watrin (J.) et al. — Etude humorale d'un cas de pemphigoïde séborrhéique et thérapeutique favorable par l'A.C.T.H. et transfusions sanguines. *Bull.*

Watrin et al. — Deux cas de maladie de Duhring-Brocq. Résultats des diverses thérapeutiques appliquées.

— Masse sanguine, liquides interstitiels et bilan humoral dans un pemphigus poliacé. Traitement par transfusions, A.C.T.H., cortisone et D.O.C.A.

— A propos de l'action anti-inflammatoire de l'A.C.T.H. et de la cortisone.

Bull. F. Soc. Derm. Syph., 1951.

BOLGERT. — Résultats de l'A.C.T.H. et cortisone dans quelques dermatoses.

CHARPY. — Pemphigus subaigu malin. Traitement par antibiotiques A.C.T.H. et cortisone.

— L.E. avec association néphrose-néphrite. Evolution après A.C.T.H. et cortisone. Deuxième présentation. A.C.T.H. et cortisone en dermatologie.

COSTE. — Action de l'A.C.T.H. sur une réaction lépreuse chez un malade traité par les sulfones.

COSTE. — Nouveaux cas d'eczéma guéris ou améliorés par l'A.C.T.H. ou la cortisone (nov.-déc. 1950).

DEGOS. — Pityriasis rubra pilaire blanchi par A.C.T.H.

DUESBERG. — Dermite allergique du cobaye. Son inhibition par le phénergan et la cortisone.

FRIEDMANN. — L.E.D.A. traité par A.C.T.H. depuis plus d'un an.

— Erythème polymorphe bulleux du type S. Johnson. Action favorable de l'A.C.T.H.

GOUGEROT. — Nouveaux cas de L.E. traités par l'A.C.T.H. et la la cortisone.

GRACIANSKY. — Echec de la cortisone dans la prévention de la réaction de Herxheimer. Influence sur la sérologie quantitative.

GRACIANSKY. — Traitement par la cortisone des kératites de la syphilis congénitale.

HÉE. — Psoriasis arthropathique traité par l'A.C.T.H.

HURIEZ et al. — A propos de l'emploi de l'A.C.T.H. et de la cortisone en dermatologie.

IZARN. — Pemphigus subaigu malin. Essai de traitement par l'auréomycine et l'A.C.T.H.

MARSHALL. — Essais de traitement par A.C.T.H. en dermatologie.

MICHEL (J.) et al. — Résultats obtenus avec la cortisone dans un cas de pemphigus séborrhéique généralisé.

POINSO. — Un cas de périartérite noueuse traité par la cortisone. L.E. avec association de néphrose-néphrite. Traitement par A.C.T.H.

ALRICH (E.-M.), CARTER (J.-P.) et al. — Action de l'A.C.T.H. et de la cortisone sur la cicatrisation des plaies; étude expérimentale. *Ann. Surg.*, juin 1951, 133, n° 6, 783-789, 5 fig. (bibliogr.).

ALRICH (E.-M.), CARTER (J.-P.), LEHMAN (E.-P.). — Action de l'A.C.T.H. et de la cortisone sur la cicatrisation des plaies; étude expérimentale. *Ann. Surg.*, juin 1951, 133, n° 6, 783-789, 5 fig. (bibliogr.).

ANDREWS (G.-S.), HURLBUT (W.-B.). — Hormone hypophysaire adrénocorticotrope (A.C.T.H.) et cortisone dans les maladies de la peau. *Gaz. Méd. France*, nov. 1951, 58, n° 21, 1249-1251.

AUBERTIN (E.). — Bilan actuel de l'utilisation de l'A.C.T.H. et de la cortisone, *J.M.B.*, févr. 1953, p. 220.

BAXTER (H.), SCHILLER (C.) et al. — Action de l'A.C.T.H. sur la cicatrisation des plaies chez l'homme. Plast. reconst. *Surg.*, fév. 1951, 7, n° 2, 85-99, 14 fig. (bibliogr.).

BAXTER (H.), SCHILLER (C.) et al. — Action de la cortisone sur la peau et la cicatrisation des plaies chez les animaux d'expérience. Plast. reconst. *Surg.*, janv. 1951, 7, n° 1, 24-31, 6 fig. (bibliogr.).

BALDRIDGE (G.-D.), KLIGMAN (A.-M.). — L'effet de la cortisone sur la dermatite de contact provoquée expérimentalement. *J. of Investig. Derm.*, nov. 1951, 17, n° 5, 257-259, 1 tabl.

BIDAULT (C.-J.). — *Sur un cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann traité par l'A.C.T.H.* Thèse Paris, 1951, 60 pp.

BOAS (N.-F.), SOFFER (L.-J.). — Action de l'hormone surrénalo-corticotrope et de la cortisone sur le taux d'hexosamine du sérum dans le lupus érythémateux disséminé aigu. *J. Clin. Endocr.*, janv. 1951, 11, n° 1, 39-45 (bibliogr.).

BONNER (C.-D.), HOMBURGER (F.). — Etude poursuivie pendant deux ans de l'effet de l'A.C.T.H. et de la cortisone dans un cas de pemphigus foliacé. *J. Clin. Endocrin.*, sept. 1952, 12, n° 9, 1239-1244, 3 fig. (bibliogr.).

BRUNSTING (L.-A.), SLOCUMB (Ch.) et al. — Effets de la cortisone sur le lupus érythémateux aigu disséminé. *Arch. of Derm.*, janv. 1951, 63, n° 1, 29-52, 4 fig.

CANNON (A.-B.), HOPKINS (J.-G.) et al. — L'A.C.T.H. et la cortisone dans les affections de la peau. *J. Am. Med. Ass.*, 27 janv. 1951, 145, n° 4, 201-206, 6 fig. (bibliogr.).

Carey (R.-A.), Harvey et al. — Action de l'hormone surrénalo-corticotrope (A.C.T.H.) et du cortisone sur l'évolution du lupus érythémateux disséminé et de la périartérite noueuse. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, nov. 1950, 87, n° 5, 425-460, 7 fig. (bibliogr.).

Cornbleet (T.), Flood (F.-T.). — Le phénomène des cellules L.E. et la cortisone *in vitro*. *Urol. Cutan. Rev.*, avr. 1951, 55, n° 4, 208 (bibliogr.).

Coste (F.), Delbarre (F.), Laurent (F.) et al. — Premières observations de malades traités par la cortisone à la clinique rhumatologique de l'hôpital Cochin. *Gaz. Méd. France*, janv. 1951, 58, n° 1, 11-54.

Coste (F.), Piguet (B.), Delbarre (F.). — Nouveaux cas d'eczémas guéris ou améliorés par l'A.C.T.H. ou la cortisone. *Bull. Soc. Franç. Derm.*, nov.-déc. 1950, n° 5, 525-528.

Costello (M.-J.). — La cortisone dans le traitement des dermatoses. *New-York State J. Med.*, 1er sept. 1951, 51, n° 17, 2017-2021 (bibliogr.).

Debré (R.), Mozziconacci (P.) et al. — Traitement de l'eczéma du nourrisson par la cortisone, *Arch. Franç. Péd.*, 1951, 8, n° 7, 760-762.

— A.C.T.H. et trichinose. *Presse Méd.*, 19 janv. 1952, 60, n° 4, 68.

Di George (A.), Nelson (W.-E.). — Quelques observations sur l'emploi de l'hormone surrénalo-corticotrope dans la dermatite atopique du nourrisson. *J. Péd.*, fév. 1951, 38, n° 2, 164-168 (bibliogr.).

Downing (J.-G.). — L'A.C.T.H. et la cortisone en dermatologie. *New-England J. Med.*, 10 janv. 1952, 246, n° 2, 56-65 (bibliogr.).

Edwards (B.-F.), Wilde (N.-J.) et al. — L'interruption de la sensibilité cutanée par l'A.C.T.H. Plast. reconst. *Surg.*, oct. 1951, 8, n° 4, 288-296, 6 fig. (bibliogr.).

Ekblad (G.-H.). — Traitement de l'urticaire et de la dermatite veinéneuse par l'A.C.T.H. et la cortisone. *Arch. of Derm.*, nov. 1951, 64, n° 5, 628-634, 3 tabl. (bibliogr.).

Frazier (Ch.-N.), Lever (W.-F.) et al. — Action de l'A.C.T.H. et de la cortisone sur les diverses variétés de pemphigus. *J. Invest. Derm.*, août 1951, 17, n° 2, 55-60, 2 fig.

Frazier (C.-N.), Lever (W.-F.) et al. — Réaction des sujets pré-

Tzanck (A.) et al. — Eczéma généralisé depuis vingt-deux ans : traité par la cortisone (tests non influencés).
sentant du pemphigus malin et bénin, à l'A.C.T.H. et à la cortisone. *Am. J. Med. Sc.*, sept. 1951, 222, n° 953, 308-312.

Frazier (C.-N.), Lever (W.-F.), Keuper (Ch.-S.). — Réaction des sujets présentant du pemphigus malin et bénin à l'A.C.T.H. et à la cortisone. *Am. J. Med. Sc.*, sept. 1951, 222, n° 953, 308-312.

Goldman (L.), Richfield (D.-F.). — Action de la corticotropine sur le développement et le progrès des nævi pigmentaires. *J. Am. Med. Ass.*, 3 nov. 1951, 147, n° 10, 941-943, 3 fig. (bibliogr.).

Goldman (L.), Rockwell (E.). — Prophylaxie des réactions d'hypersensibilité aux médicaments par l'administration simultanée du médicament avec la « cortone ». *Arch. of Derm.*, nov. 1951, 64, 644, n° 5.

Goldman (L.), Thompson (R.-G.) et al. — Acétate de cortisone dans les maladies de la peau. *Arch. of Derm.*, fév. 1952, 65, n° 2, 177-186 (bibliogr.).

Gotz (H.). — Le traitement par l'A.C.T.H. et la cortisone du lupus érythémateux, de la dermatomyosite du pemphigus vulgaire, des brûlures et du psoriasis arthropathique. *Münch. Med. Wschr.*, 22 févr. 1952, 94, n° 8, 368.

Gougerot (H.) et al. — Insuffisance surrénale (maladie d'Addison) après traitement d'un pemphigus par le moranyl et l'auréomycine. Nouvelle poussée de pemphigus au cours du traitement d'entretien de la maladie d'Addison par la cortisone. *B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1952, n°s 20-21, 714-724.

Hagerman (G.). — Quelques expériences avec l'A.C.T.H. et la cortisone. *Acta Derm. Venereol.*, 1952, 32, suppl. 29, 120-124 (bibliogr.).

Haserick (J.-R.), Corcoran (A.-C.) et al. — L'A.C.T.H. et la cortisone dans la crise aiguë de lupus érythémateux généralisée. *J. Am. Med. Ass.*, 16 juin 1951, 146, n° 7, 643-645, 1 fig. (bibliogr.).

Haserick (J.-R.), Corcoran et al. — L'A.C.T.H. et la cortisone dans la crise aiguë de lupus érythémateux généralisée. *J. Am. Med. Ass.*, 16 juin 1951, 146, n° 7, 643-645, 1 fig. (bibliogr.).

Hoigne (R.), Koller (F.) et al. — L'influence de l'A.C.T.H. sur le phénomène expérimental de Schwaertzmann. *Dermatologica*, 1951, 103, n°s 4-5, 234-242, 4 fig. (bibliogr.).

HOMBURGER (F.), BONNER (C.-D.) et al. — Action de l'hormone surrénalo-corticotrope antéhypophysaire (A.C.T.H.) dans un cas de pemphigus foliacé. *J. Clin. Endocr.*, déc. 1950, 10, n° 12, 1591-1601, 11 fig. (bibliogr.).

IRONS (E.-N.), AYER (J.-P.) et al. — L'A.C.T.H. et la cortisone dans les affections des collagènes aigus et les dermatoses chroniques, *J. Am. Med. Ass.*, 24 mars 1951, 145, n° 12, 861-869, 5 fig.

KANEE (B.). — L'A.C.T.H. par la voie intraveineuse, *Arch. of Derm.*, janv. 1952, 65, n° 1, 95.

KENDING (E.-L.) Jr, TOONE (E.-C.) Jr. — La cortisone dans le traitement du sclérème du nouveau-né. *Am. J. Dis. Child.*, juin 1951, 81, n° 6, 771-773.

KENET (D.-S.). — La cortisone dans le syndrome de Behcet; relation du cas d'un malade présentant des lésions des organes génitaux, de la bouche, du pharynx et du larynx, nécessitant des trachéotomies répétées. *Arch. Otolaryng.*, nov. 1951, 54, n° 5, 505-509, 3 fig. (bibliogr.).

KIERLAND (R.-R.), HINES (E.-A.) Jr. — Cortisone et A.C.T.H. dans le traitement de la sclérodermie. *Arch. of Derm.*, nov. 1951, 64, n° 5, 549-554.

KIERLAND (R.-R.), O'LEARY (P.-A.) et al. — La cortisone et la corticotropine (A.C.T.H.) en dermatologie. *J. Am. Med. Ass.*, 5 janv. 1952, 148, n° 1, 23-26.

KLIGMAN (A.-M.), BALDRIDGE (G.-D.) et al. — Action de la cortisone sur les réactions pathologiques de la peau infectée du cobaye par les fungi, les virus et les bactéries. *J. Lab. Clin. Med.*, avr. 1951, 37, n° 4, 615-620 (bibliogr.).

LEVER (W.-F.), HURLEY (N.-A.) et al. — Les protéines dans le pemphigus vulgaire. IV. Détermination des protéines plasmatiques par l'électrophorèse et fractionnement chimique chez des malades porteurs de pemphigus et traités par l'A.C.T.H. et la cortisone. *J. Inv. Derm.*, juill. 1952, 19, n° 1, 55-70, 2 fig. (bibliogr.).

LICHTENSTEIN (G.-M.), FRIEDMAN (T.-B.). — Urticaire bulleuse hémorragique traitée par la corticotropine. *J. Am. Med. Ass.*, 22 déc. 1951, 147, n° 17, 1658.

Lichtenstein (G.-M.), Friedman (T.-B.). — Urticaire bulleuse hémorragique traitée par la corticotropine. *J. Am. Med. Ass.*, 22 déc 1951, 147, n° 17, 1658.

Lovelock (F.-J.), Stone (D.-J.). — Traitement par la cortisone du sarcoïde de Beck. *J. Am. Med. Ass.*, 3 nov. 1951, 147, n° 10, 930-932, 2 fig. (bibliogr.).

Lunseth (J.-H.), Baker (L.-A.) et al. — Sclérodermie chronique avec exacerbation aiguë durant un traitement par la corticotropine. Relation d'un cas avec observations autopsiques. *Arch. Int. Méd.*, déc. 1951, 88, n° 6, 783-792, 6 fig. (bibliogr.).

Luongo (M.-A.), Reid (D.-H.), Weiss (W.-W.). — Action de l'A.C.T.H. dans la trichinose. *New-England J. Med.*, 15 nov. 1951, 245, n° 20, 757-760 (bibliogr.).

Mallek (J.), Kanee (B.), Zack (J.). — A.C.T.H. et cortisone dans le traitement du pemphigus érythémateux. *Cand. Med. Ass. J.*, déc. 1951, 65, n° 6, 564-566, 1 fig.

Nickel (W.-R.). — Zona traité par l'A.C.T.H. *Arch. of Derm.*, sept. 1951, 64, n° 3, 372.

Nusimovich (B.), Gusanelli (R.). — Cortisone et maladies de la peau. *Semana Méd.*, 15 nov. 1951, 99, n° 20, 968-970.

Plotz (C.-M.), Howes (E.-L.) et al. — Action du cortisone et de l'hormone surrénalo-corticotrope (A.C.T.H.) sur le lupus érythémateux disséminé et les tissus du mésenchyme. *New-York State. J. Med.*, 15 oct. 1950, 50, n° 20, 2446.

Polson (J.-S.), Black (R.-N.), Patte (C.-J.). — Pemphigus vulgaire traité par la cortisone. *Canad. Med. Ass. J.*, nov. 1951, 65, n° 5, 471-473.

Pyke (D.-A.), Scadding (J.-G.). — Effet de la cortisone sur la sensibilité de la peau à la tuberculine dans la sarcoïdose. *Brit. Med. J.*, 22 nov. 1952, n° 4794, 1126-1128 (bibliogr.).

Quiroga (M.-I.), Chiriboga (J.). — Action de la cortisone sur l'eczéma expérimental. *Prensa. Med. Argent.*, 22 déc. 1950, 37, n° 51, 3126-3130, 2 fig. (bibliogr.).

Quiroga (M.-I.), Chiriboga (J.) et al. — Notre expérience sur la

cortisone en darmatologie. *Semana Méd.*, 15 nov. 1951, 99, n° 20, 962-967, 4 graph., 5 fig. (bibliogr.).

Reymann (F.-L. et A.-L.). — Le traitement par l'A.C.T.H. dans le pemphigus (résumé français). *Acta Derm. Venereol.*, 1952, 32, n° 2, 136-148, 1 tabl. (bibliogr.).

Revue. — L'A.C.T.H. et la cortisone dans le traitement des maladies de la peau. *Deutsche Med. Wschr.*, 7 déc. 1951, n° 49, 1568-1569 (bibliogr.).

Robert (P.). — Contribution à la pathogénie et au traitement du pemphigus vulgaire. L'action de la cortisone dans trois cas de pemphigus. *Dermatologica*, 1951, 103, n°s 4-5, 212-234, 6 fig. (bibliogr.).

Rubin (A.). — Un cas de pemphigus traité par l'A.C.T.H. *Arch. of Dermat.*, août 1951, 64, n° 2, 196-197.

Schuppli (R.). — Action de la cortisone dans deux cas de mycosis fungoïde. *Dermatologica*, 1951, 103, n°s 4-5, 209-211, 4 fig.

Sharnoff (J.-G.), Carideo (H.-L.) et al. — Sclérodermie par la cortisone. Relation d'un cas autopsié. *J. Am. Med. Ass.*, 21 avr. 1951, 145, n° 16, 1230-1232.

Shuman (C.-R.). — La panniculine récidivante (maladie de Weber Christian). Revue de la littérature et relation d'un cas traité par la cortisone. *Arch. Int. Méd.*, mai 1951, 87, n° 5, 669-681 (bibliogr.).

Siguier (F.), Zarawelti (J.-J.) et al. — Broncho-pneumonie tuberculeuse terminale et atrophie de la paroi gastrique succédant au traitement par la cortisone d'une lupo-érythémato-viscérite maligne. *B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1951, 67, n°s 23-24, 930-938, 5 fig. (bibliogr.).

Siltzbach (L.-E.), Posner (A.), Medine (M.-M.). — La cortisone dans le traitement de la sarcoïdose. Son action dans un cas précédant une cécité virtuelle. *J. Am. Med. Ass.*, 3 nov. 1951, 147, n° 10, 927-929, 4 fig.

Small (M.-J.). — Réaction favorable de la sarcoïdose à la cortisone. *J. Am. Med. Ass.*, 3 nov. 1951, 147, n° 10, 932-937, 6 fig. (bibliogr.)

SOFFER (L.-J.), LEVITT (M.-F.) et al. — Emploi du cortisone et de l'hormone surrénalo-corticotrope dans le lupus érythémateux disséminé. *Arch. Int. Méd.*, oct. 1950, 86, n° 4, 558-573, 5 fig.

SOFFER (L.-J.), SHWARTZMAN (G.) et al. — Inhibition du phénomène de Schartzmann par l'A.C.T.H. d'origine adéno-hypophysaire. *Science*, 24 mars 1950, 111, n° 2882, 303-304 (bibliogr.).

SONES (M.), ISRAEL (H.-L.) et al. — Action de la cortisone dans la sarcoïdose. *New-England J. Med.*, 8 fév. 1951, 244, n° 6, 209-213, 6 fig. (bibliogr.).

STERNBERG (T.-H.), NEWCOMER (V.-D.) et al. — Le traitement de la dermatite atopique par la cortisone. *J. Am. Med. Ass.*, 15 mars 1952, 148, n° 11, 904-907 (bibliogr.).

STUDER (A.), FREY (J.-R.). — Action de la cortisone sur l'épiderme du rat au repos et en cas de prolifération par la vitamine A ou le propionate de testostérone. *Dermatologica*, 1952, 104, n° 1, 1-18, 6 fig. (bibliogr.).

SULZBERGER (M.-B.) et al. — L'acétate de cortisone administré *per os* en dermatologie. *Arch. of Derm.*, nov. 1951, 64, n° 5, 573-579, 1 tabl.

SULZBERGER (M.-B.), WITTEN (V.-H.), ZIMMERMAN (E.-H.). — Les effets de la cortisone administrée par la voie buccale sur les réactions au timbre avec des allergènes provoquant des eczémas de contact. *Acta Derm. Venereol.*, 1952, 32, suppl., 29, 342-352 (bibliogr.).

SUZMAN (M.-M.), RUDOLF (J.-A.). — Action de l'A.C.T.H. dans la dermatologie aiguë. *Lancet*, 24 mars 1951, 260, n° 6656, 660-663, 1 fig.

TAUBENHAUS (M.), LEV (M.). — Observations clinico-histologiques sur un cas de sclérodermie traité par la cortisone. *Arch. Int. Méd.*, avril 1951, 87, n° 4, 583-593, 6 fig.

VAUGHAN (J.-H.), BAYLES (T.-B.), FAVOUR. — La réponse du taux sérique de gamma globuline et du titre du complément à l'athérapie par l'A.C.T.H. dans le lupus érythémateux disséminé. *J. Lab. Clin. Méd.*, mai 1951, 37, n° 5, 698-702, 2 fig. (bibliogr.).

Wammock (V.-S.), Biederman (A.-A.) et al. — L'érythème polymorphe exsudatif (syndrome de Stevens Johnson). Relation du cas d'un malade traité par l'hormone surrénalo-corticotrope antéhypophysaire. *J. Am. Med. Ass.*, 13 oct. 1951, 147, n° 7, 637-639, 2 fig. (bibliogr.).

Wolf (M.), Sauer (G.-C.). — Traitement des éruptions pustuleuses récidivantes (psoriasis pustuleux) par la cortisone. *Arch. of Derm.*, août 1951, 64, n° 2, 214-215.